Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 731 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2016

In het AO GGZ van 26 mei is gesproken over de ambulantisering van de GGZ en het inkoopbeleid dat zorgverzekeraars hanteren. Er is gevraagd naar de manier waarop zorgverzekeraars ambulante GGZ zorg inkopen, specifiek met betrekking tot de inkoop van de meest intensieve ambulante DBC trajecten. Ik heb toegezegd uw kamer daarvan een globaal inzicht te verschaffen. Naar aanleiding van deze toezegging is een aantal vragen over de inkoop van GGZ zorg aan zorgverzekeraars voorgelegd. In deze brief geef ik u op hoofdlijnen de resultaten van deze uitvraag weer.

Inkoop van ambulante zorg en afbouw van klinische zorg

Met betrekking tot de afbouw van klinische zorg geven zorgverzekeraars aan dat zij over het algemeen uitgaan van de landelijke doelstellingen die zijn verwoord in de bestuurlijke afspraken. Daarbij geven zorgverzekeraars aan oog te hebben voor het evenwicht en tempo tussen afbouw van klinische capaciteit en opbouw van ambulante zorg. Zorgverzekeraars gaan met aanbieders in gesprek over het zorgaanbod voor mensen met ernstig psychische aandoeningen en wat zij nodig hebben (financieel en inhoudelijk) voor de opbouw van goede ambulante zorg. Zorgverzekeraars maken daarover vaak meerjaren afspraken met aanbieders. Ook zijn er in veel gevallen afspraken gemaakt dat het budget dat vrijkomt door de afbouw van klinische capaciteit, gebruikt wordt voor de opbouw van ambulante zorg.

Zorgverzekeraars geven aan dat ze geen FACT teams in directe zin inkopen, omdat een FACT team geen prestatie is volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Wel maken zorgverzekeraars, in aanvulling op de DBC afspraken over prijs en volume, vaak kwaliteitsafspraken met aanbieders over de opbouw van ambulante zorg, en FACT teams in het bijzonder. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat er naast FACT ook andere effectieve ambulante zorgvormen zijn waarover afspraken gemaakt worden, zoals Intensive Home Treatment (IHT) en

kst-29689-731
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

Individuele Plaatsing en Steun (IPS). Ook worden er door zorgverzekeraars andere activiteiten ondernomen om de ambulante zorg te verstevigen, zoals het stimuleren van E-health en het bevorderen van de samenwerking tussen FACT teams en de sociale wijkteams. Zij merken verder op dat de gemiddelde opnameduur afneemt maar dat er grosso modo niet minder patiënten worden opgenomen.

Het gaat met name om de toename van kortere opnames. Zorgverzekeraars signaleren dat een opname steeds meer een intermezzo wordt in een ambulante behandeling.

Inkoop van ambulante DBC's

Zorgverzekeraars geven aan dat het inkopen van de meest intensieve DBC trajecten geen doel op zich is, en dat er daarom niet specifiek wordt ingekocht op meer intensievere DBC trajecten. Zorgverzekeraars geven aanbieders hier zelf een zekere vrijheid in. Ruimere inzet van FACT, IHT en intensievere ambulante behandeling kan wel leiden tot intensievere ambulante DBC's. Zorgverzekeraars volgen de realisatie en gaan daarover in gesprek met aanbieders.

Ook is aangegeven dat niet voor alle voorheen klinische trajecten intensieve ambulante DBC's nodig zijn. Dit komt omdat er inmiddels andere oplossingen en nieuwe behandelinzichten beschikbaar zijn, bijvoorbeeld Mentalisation Based Treatment (MBT).

Regionale zorginkoop

Er wordt door zorgverzekeraars op verschillende manieren vormgegeven aan een regionale invulling van de zorginkoop, die belangrijk is om te komen tot goede, integrale GGZ zorg in de regio. Voorbeelden hiervan zijn regionale inkoopteams, convenanten met gemeenten en structurele overleggen met gemeenten.

Tot slot

Op basis van de antwoorden concludeer ik dat zorgverzekeraars bij de inkoop van GGZ zorg oog hebben voor de opbouw van ambulante zorg en hierover afspraken maken met zorgaanbieders. Zoals toegelicht in de brief over de monitor van het Trimbos en streefcijfers ambulantisering[1] en in het AO GGZ laat ik een handvat ontwikkelen ter ondersteuning van het maken van afspraken over de gezamenlijke ontwikkeling van zorg en ondersteuning in de regio. Het moet behulpzaam zijn bij het bepalen van hoeveel zorg en welke zorg nodig is in de regio. Het Trimbos-instituut zal het komende halfjaar dit handvat ontwikkelen in nauwe samenspraak met betrokken partijen, zoals patiëntenvertegenwoordigers, aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten.

De NZa heeft de verzekeraars opgedragen in juli te komen met hun verbeterplannen die de verzekeraars meer zicht moeten geven op het aantal wachtenden en de ongebruikte GGZ capaciteit. Zie daarvoor ook mijn brief van 28 juni jl.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

[1] Kamerstuk 25 424, nr. 311